



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
GORPUTZ BEIRAKARAREN BARNEKO INJEKZIOA EGITEKO / INYECCION INTRAVITREA
(BROLUCIZUMAB)**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Jakinarazi dit medikazio bat hartzeko aukera dagoela (BROLUCIZUMAB), gorputz beirakararen barnetik orratz txiki batez egindako injekzioaren bitartez.

Honen guztiaren berri eman dit: zein medikazio mota den, zelako ekintza-mekanismoa daukan, zeintzuk diren arriskuak eta lor ditzakedan onurak, eta baita beste tratamendu mota batzuek nolako alternatibak eskaintzen dituzten ere.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Jakinarazi dit gorputz beirakararen barnetik ematen den medikazioaren injekzioak arrisku hauek dituela: odol-jarioa, infekzioa, begi-barneko presioa gehitzea, kataratak, erretina askatzea eta ikusmen-galera. Onartzen dut horiek eman ahal izatea, daukadan osasun-arazoari begira onuragarria izango delakoan.

Onartzen dut medikazioa hartzea borondatezkoa dela eta hura emateari uko egin ahal diodala nik hala nahi dudan unean.

BROLUCIZUMABari dagokionez, begi-barnea inflamatzeko arrisku handiagoa dago (% 4). Arrisku hori gehienetan arina da, nahiz eta % 0,7rainoko ikusmen galera sekundarioren arriskua dagoela dokumentatu den.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Se me comunica la posibilidad de recibir una medicación (BROLUCIZUMAB) mediante inyección intravítrea con una pequeña aguja.

Se me informa del tipo de medicación de que se trata, de su mecanismo de acción, de los riesgos y beneficios que puedo obtener, así como de la alternativa aportada por otros tipos de tratamiento.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Se me ha informado que la inyección de medicación intraocular tiene el riesgo de sangrado, infección, aumento de la presión intraocular, catarata, desprendimiento de retina y pérdida de visión. Asumo su posible presentación a cambio de un beneficio para el problema de salud que padezco.

Asumo que la recepción de la medicación es voluntaria y que puedo renunciar a su administración en el momento que yo estime adecuado.

Respecto a Brolucizumab existe un riesgo incrementado de inflamación intraocular del 4%, la cual en la mayoría de los casos es leve, aunque se ha documentado un riesgo de pérdida visual secundaria a la misma de hasta 0,7%.



D. ARRISKUAK PERTSONALA

Nire egoeratik, medikuak azaldu dit arrisku edo konplikazio hauek areagotu daitezkeela
<~~ ~>

D. RIESGOS RELACIONADOS:

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones como
<~~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

Dokumentua sinatu aurretik, galdetu zalantza barik, informazio gehiago gura baduzu edo dudaren bat baduzu. Atseginez lagunduko zaitugu.

E. ALTERNATIVAS:

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.



<~>

Datuak babesteari buruzko oinarritzko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSI, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

<~>

Pazienteak / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<~> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha

[Empty signature box]

[Empty signature box]



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkaría: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha